

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 - N° 59

SUR UN CAS D'OSTÉOME PÉDICULÉ DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 décembre 1922

PAR

Robert-Marie-Joseph CHEVY

Né à Bouesse (Indre), le 9 novembre 1893.

Examinateurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président.
		POUSSON, professeur	Juges
		PACHON, professeur	
		DELAUNAY, agrégé.....	

BORDEAUX

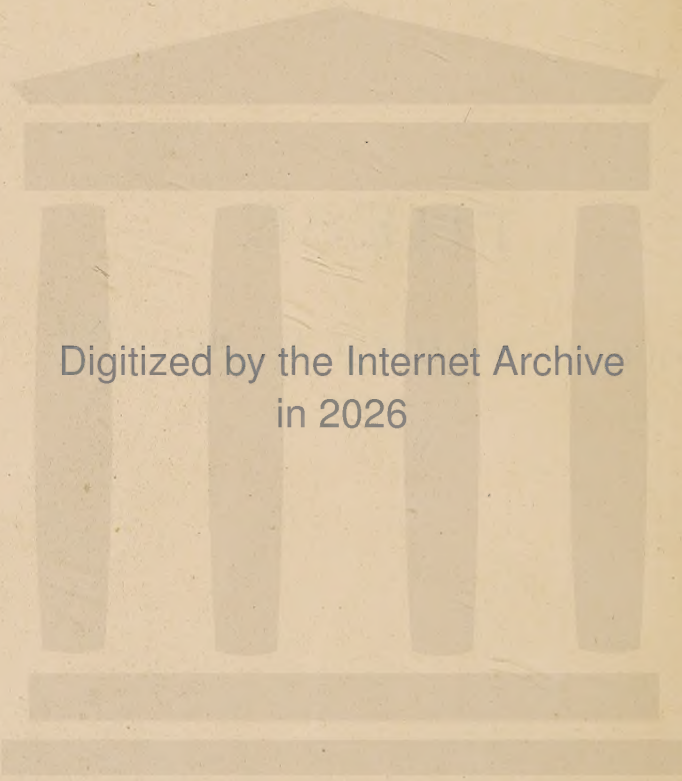
IMPRIMERIE A. SAUGNAC & E. DROUILLARD

3, Place de la Victoire, 3

1922

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 - N° 59

SUR UN CAS D'OSTÉOME PÉDICULÉ DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 décembre 1922

PAR

Robert-Marie-Joseph CHEVY

Né à Bouesse (Indre), le 9 novembre 1893.



Examineurs de la Thèse

{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président</i>
	POUSSON, professeur	{ <i>Juges</i>
	PACHON, professeur	
	DELAUNAY, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE A. SAUGNAC & E. DROUILLARD

3, Place de la Victoire, 3

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, *doyen*.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	ARNOZAN.	Clinique ophtalmologique...	LAGRANGE.
	CASSAET.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	DENUCE.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
	VILLAR.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Pathologie et thérapeutique générales....	CRUCHET.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Clinique d'accouchements ..	RIVIÈRE.	Physique pharmaceutique...	SIGALAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques.	LE DANTEC.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	W. DUBREUILH.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.	ABADIE.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Médecine légale et déontologie	VERGER.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Physique biologique et clinique d'électricité médicale.	BERGONIÉ.	Hydrologie thérapeutique et Climatologie.....	SELLIER.
Chimie.....	CHELLE.		
Botanique et matière médicale	BEILLE.		
Pharmacie.....	DUPOUY.		
Zoologie et parasitologie....	MANDOUL.		
Médecine expérimentale	FERRE.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie....	N...	Médecine générale.....	CREYX.
Histologie.....	LACOSTE (chargé).		MICHELEAU.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale.....	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS (chargé)		ROCHER.
	N...	Chirurgie générale	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale.....	RÉCHOU.		PAPIN.
Chimie biologique et médicale.....	N...		PERY.
	MAURIAC.	Obstétrique.....	FAUGÈRE.
Médecine générale.....	LEURET.	Ophtalmologie	TEULIÈRES
	DUPÉRIÉ.	Pharmacie	N...

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire.....	VENOT.	Démonstrations et préparations pharmaceut.	LABAT.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Chimie	RANGIER.
Ophtalmologie	CABANNES.	Pathologie interne	CREYX.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes			ROCHER.
Cours complémentaire annexe. - Prothèse et rééducation professionnelle...			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA CHÈRE MÉMOIRE DE MON FRÈRE FERNAND

TOMBÉ AU CHAMP D'HONNEUR

Souvenir ému de l'affection qui
nous unissait.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Bien faible hommage de piété
filiale.

Qu'ils trouvent ici toute ma reconnaissance pour les grands sacrifices
qu'ils se sont imposés pour moi.

A MADAME BAUDON

Respectueux hommage.

A MON ONCLE, LE DOCTEUR CHEREAU

Témoignage de reconnaissance et
d'admiration.

A MA CHÈRE THÉRÈSE

Pour tant d'amour et de dévouement apportés à mettre du bonheur dans notre foyer.

A MES PARENTS — A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT

CHARGÉ DU COURS DE PATHOLOGIE EXTERNE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

Pour le grand honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse, et aussi avec une pensée de reconnaissance pour la bonté qu'il n'a jamais cessé de me témoigner.

INTRODUCTION

Ayant eu communication, grâce à l'obligeance de Monsieur le Professeur Guyot, d'une observation inédite d'ostéome pédiculé du maxillaire inférieur, suivie d'exérèse chirurgicale de la tumeur, nous avons jugé qu'une lésion aussi typique et aussi rare, de l'avis autorisé de nos maîtres, méritait de faire le sujet de notre thèse inaugurale. Nous aurions voulu pouvoir joindre à notre observation l'examen histologique de la pièce, très important pour la détermination exacte de la nature intime de la néoformation. Malheureusement les circonstances nous ont empêché d'attendre les résultats de cet examen difficile et long, car il nécessite la décalcification du fragment osseux avant de procéder à son inclusion.

La question des tumeurs osseuses fut longtemps particulièrement embrouillée, les auteurs ne s'entendant même pas sur les termes, ce qui rend toute discussion vaine. L'importance d'une terminologie à la fois claire et complète, nous a fait renoncer à prendre comme titre de cette courte étude celui « d'Exostose du maxillaire » longtemps appliqué à la plupart des tumeurs osseuses indistinctement, et bien que ce nom d'exostose exprimât mieux que tout autre l'aspect saillant limité « en excroissance » de la tumeur osseuse observée. Mais l'anatomie pathologique doit faire bon marché des descriptions imagées mais trop superficielles de la clinique et de l'examen macroscopique. Elle règne en maîtresse avant d'être elle-même détrônée par la « science des causes » bien balbutiante encore mais qui mérite tous nos efforts.

Estimant qu'un essai de pathogénie de ces tumeurs ne nous mènerait qu'à des hypothèses encore sans fondement, nous rechercherons dans un premier chapitre les caractères généraux, la fréquence de ces ostéomes du maxillaire inférieur, avec un court historique de leur étude.

Le second chapitre traitera de leur anatomie pathologique. Le troisième de leurs symptômes et de leur diagnostic souvent difficile avec les pseudo-tumeurs autrefois classées à tort, dans la même catégorie morphologique des exostoses.

Enfin, après avoir envisagé leur pronostic et leurs complications, nous discuterons de leur traitement.

Rechercher dans la littérature des observations superposables n'est point tâche facile, car on s'aperçoit à chaque pas qu'un même nom « d'ostéome » par exemple, qui devrait s'appliquer à une « néoplasie idiopathique », dans notre ignorance des causes profondes des tumeurs, désigne, en l'absence des prévisions microscopiques, d'acquisition relativement récente et, suivant les auteurs, des proliférations nettement symptomatiques, témoignant le plus souvent d'une simple réaction inflammatoire.

Nous terminons ce travail par quelques-unes des observations qui paraissent s'appliquer à de véritables cas d'ostéomes du maxillaire inférieur.

CHAPITRE PREMIER

Généralités. — Fréquence. — Etiologie.

Les tumeurs du maxillaire inférieur, tant malignes que bénignes ont été longtemps confondues, au même titre que les tumeurs développées en d'autres points de l'organisme. J.-L. Petit en 1700 comprenait, dans une de ces leçons faites dans l'amphithéâtre de Saint-Côme, sous le nom général d'exostoses, non seulement « toutes les tumeurs s'élevant à la surface des os », mais aussi celles qui développées au centre de l'os amènent « une enflure de l'os tout entier ». Depuis Galien et Celse, d'après Virchow, nos connaissances sur la nature des tumeurs osseuses n'avaient pas progressé d'un pas. C'est Virchow qui apporte les premières précisions anatomo-pathologiques. Broca individualise et isole les lésions spéciales des « exostoses ostéogéniques » et inspire sur ce sujet la thèse célèbre de Soulié. Enfin on s'efforce de séparer les proliférations osseuses consécutives à une inflammation des véritables tumeurs osseuses mais ici la discrimination est infiniment plus difficile, et ne peut être toujours faite encore, en l'état de nos connaissances.

Cependant, il est permis dès l'avènement de l'ère anatomo-pathologique d'individualiser le type de l'ostéome caractérisé par sa localisation, sa constitution bien voisine du tissu osseux normal, sa bénignité, l'ostéome au cours d'un accroissement très lent, ne donnant jamais de métas-

tases. Ce sont là les caractères essentiels que nous retrouverons au cours de cette étude.

Toutes réserves faites sur la confusion, qui paraît fréquente, dans les premières observations, entre ostéome pur et hyperostose inflammatoire, nous retiendrons le cas de Letenneur (1874) (*cf.* obs. VI).

Celui de l'ostéo-chondrome dont parle Bryant (1) et qui avait été enlevé par Cline, pièce conservée au musée de Saint-Thomas-Hospital. Ce sont là les deux premières observations de tumeurs osseuses de la mâchoire inférieure nettement circonscrites, que l'on rencontre dans la littérature; encore la seconde paraît-elle être un chondrome secondairement ossifié, chez un sujet de cinquante ans.

Vers la même époque Volkmann, puis Otto Weber, mentionnent des tumeurs osseuses, circonscrites et éburnées développées au niveau du maxillaire supérieur. E. Birnbaum (2) en 1887 dans une statistique sur les tumeurs des maxillaires, ne relate qu'une seule observation d'ostéome du maxillaire inférieur, sur un total de 63 tumeurs des deux mâchoires et de 21 tumeurs de l'inférieure.

Nous nous bornons à mentionner les observations de Trelat (1887) et Jalaguier (1889), qu'on est en droit de considérer comme des périostites inflammatoires, et dont nous reparlerons au diagnostic.

Dans cette incertitude de nombreuses observations, la communication de Morestin (1896) (*cf.* obs. II) nous paraît apporter un cas tout à fait indiscutable et parfaitement superposable à notre observation personnelle. Les autres observations que nous résumons à la fin de ce travail sont celles de cas plus récents, mais moins semblables.

En somme, si on se fie aux statistiques, ce qui est au moins hasardeux, en ce qui concerne une entité morbide aussi mal définie on en arrive à considérer l'ostéome du

(1) BRYANT. — *A Manual for the practice of surgery*, Londres (1879) t. I, p. 548.

(2) BIRNBAUM. — Beiträge zur Statistik der Kiefergeschwülste (*Deutsche Zeitschrift für chirurgie*), t. XXVIII, p. 545.

maxillaire inférieur comme très rare, plus rare sans doute que ne le disent ces statistiques qui ne peuvent guère pécher que par excès. C'est ainsi que la statistique d'Eckert, que nous n'avons pu contrôler, n'en contient que 19 cas. Windmüller, sur 137 cas de néoplasmes des mâchoires, ne trouve qu'un seul ostéome du maxillaire inférieur. Absolument exceptionnel au niveau du squelette des membres, des vertèbres et des côtes, l'ostéome se rencontre presque exclusivement au niveau des os de la tête, et avec la plus grande fréquence au niveau des os de la face; son développement se fait fréquemment à l'intérieur des cavités de la face (fosses nasales, sinus, conduit auditif externe). Nous verrons que leur fréquence au niveau du maxillaire inférieur est nettement moindre.

Les quelques conditions étiologiques, que des observations malheureusement trop peu nombreuses nous permettent de retenir, paraissent être l'âge; le début de l'ostéome, d'ailleurs insidieux et difficile à préciser, se faisant en général dans l'adolescence: avant trente ans dans les 19 cas d'Eckert, à vingt-cinq ans (obs. I), trente-deux ans (obs. III), dix-neuf ans (obs. IV), dix-huit ans (obs. V), vingt ans (obs. VI).

Le sexe ne paraît jouer aucun rôle. Quant à l'influence d'un traumatisme ou d'une inflammation, elle ne peut être établie et manque complètement dans plusieurs observations.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

L'ostéome, tumeur rare, se rencontre le plus fréquemment au niveau des os de la face; peut-être y a-t-il une relation entre la formation de ces os aux dépens d'une ébauche, non pas cartilagineuse, mais conjonctive, et cette prédisposition; la relation ne peut en tous cas se démontrer. Parmi les os de la face, c'est le maxillaire supérieur qui est de beaucoup le plus fréquemment atteint, la néoplasie siégeant sur la face antérieure du maxillaire, envahissant le sinus, bosselant le rebord orbitaire (1) et pouvant refouler l'œil, ou faisant saillie au niveau du rebord alvéolaire, en bas.

L'ostéome du maxillaire inférieur, os de membrane lui aussi, au moins partiellement, peut siéger en différents points de la surface de l'os, ou au centre de l'os lui-même. Les ostéomes centraux (*cf.* obs. IV) se développent le plus souvent entre la table interne et la table externe de la branche horizontale, mais ne présentent aucune connexion, du moins au début avec les germes dentaires, ce qui les distingue des odontomes.

Les ostéomes périphériques, véritables exostoses néoplasiques, peuvent s'implanter en divers points de l'os; dans notre observation l'implantation de la tumeur se faisait à

(1) LAGRANGE. — *Traité des tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes*, t. II p. 316, 1904.

la face externe de la branche horizontale; dans celle de Morestin (*cf.* obs. II) au niveau du bord inférieur sur une verticale passant par les dernières molaires.

La surface d'implantation est elle-même très variable : ostéomes sessiles quand elle est large, pédiculés quand elle est étroite comme dans notre cas personnel, la minceur du pédicule pouvant favoriser une fracture de ce fragile moyen d'attache et une libération, avec mobilisation de la tumeur.

Le siège de beaucoup le plus fréquent est la face externe de la branche horizontale, dans son tiers postérieur, et la face externe de l'angle de la mâchoire; la saillie osseuse refoulant le masséter ne tarde pas à se manifester sous la joue. Le rebord alvéolaire est beaucoup plus rarement intéressé (obs. IV), il peut alors se produire des lésions alvéolaires et dentaires qui sont secondaires à la pression exercée par la tumeur; les dents peuvent être expulsées en l'absence de toute lésion infectieuse primitive à leur niveau.

Le siège de l'ostéome sur la branche montante est exceptionnel: celle-ci étant plus souvent envahie par un ostéome développé primitivement aux dépens de l'angle de la mâchoire. L'apophyse coronoïde et le condyle sont indemnes sauf dans une observation d'Eckert où un ostéome du condyle détermina par son accroissement une subluxation temporo-maxillaire.

La forme de la tumeur osseuse est essentiellement variable, mais se caractérise cependant par une surface en général mamelonnée bosselée, sans arêtes vives, mais avec de nombreuses saillies arrondies donnant à l'ensemble un aspect mûriforme.

Les limites de la tumeur sont nettes, le caractère circonscrit étant un des plus constants; même quand elle se développe dans l'os lui-même elle est nettement séparée du tissu voisin et peut même s'isoler complètement « en grelot » au sein d'une cavité formée d'os normal, dispo-

sition particulièrement fréquente au niveau du maxillaire supérieur et du sinus maxillaire, mais qui peut aussi se rencontrer dans les ostéomes centraux du maxillaire inférieur.

Les rapports de la production osseuse avec les plans voisins sont intéressants à préciser : le périoste est refoulé comme distendu, mais recouvre entièrement la surface de la tumeur ; il ne présente pas de modifications notables et, en aucun cas, cet épaississement marqué qu'on trouve décrit dans plusieurs observations et qui est le fait d'une simple périostite proliférante et hyperostosante : le périoste enflammé fabriquant de l'os par sa face profonde ; mais cette néoformation n'a aucun des caractères du véritable ostéome, prenant naissance dans l'os lui-même et se coiffant secondairement d'un périoste absolument normal.

La muqueuse est-elle même refoulée, l'ostéome ne déterminant sur ces tissus environnants, qu'une activité purement mécanique, sans aucune infiltration ? L'ulcération de la muqueuse quand elle existe, n'est le fait que d'un traumatisme, ou d'une infection surajoutée assez facile à expliquer dans le milieu septique qu'est la bouche. Les dents peuvent être refoulées, nous l'avons vu, et expulsées de leurs alvéoles, avec ou sans phénomènes d'infection secondaire au niveau de leurs racines.

Une section de l'ostéome est nécessaire pour en étudier la structure, elle sera souvent difficile et nécessitera l'emploi de la scie.

D'après la constitution du tissu osseux, on distingue les ostéomes éburnés, les ostéomes spongieux et les ostéomes mixtes.

Les ostéomes éburnés sont constitués entièrement de tissu osseux compact, très dense, extrêmement dur ; c'est la constitution la plus fréquente des ostéomes saillants. Par contre les ostéomes spongieux sont constitués de travées osseuses, anastomosées en réseau, délimitant des cavités remplies de moelle osseuse, disposition très analogue à

celle que l'on rencontre au niveau du tissu spongieux normal du squelette. Enfin les ostéomes mixtes présentent deux parties, l'une éburnée, l'autre spongieuse. La première entourant en général la seconde d'une coque compacte plus ou moins épaisse.

La constitution histologique de l'ostéome permet seule, dans les cas moins typiques que celui que nous apportons, d'affirmer leur véritable nature. On y distingue des lamelles de tissu osseux adulte entourant des canaux de Havers, mais à disposition moins régulière que dans le tissu osseux normal. Les cellules osseuses ou ostéoplastes sont normales et la substance anhiste qui les entoure (osséine) présente les réactions acidophiles normales. Les éléments médullaires, quand les travées osseuses limitent des cavités, présentent des caractères semblables à ceux de la moelle osseuse. Mais il convient de noter, outre la disposition très irrégulière des canaux de Havers, la tendance que présentent les lamelles osseuses à s'hypertrophier aux dépens de la moelle, de plus en plus réduite et finalement complètement étouffée, dans la forme éburnée; ce déséquilibre entre les deux éléments de l'os, étant un des caractères les plus nets de l'ostéome typique.

Nous verrons au chapitre suivant comment ces particularités histologiques permettent de différencier l'ostéome de l'hyperostose périostée et de l'exostose ostéogénique.

CHAPITRE III

Symptômes et Diagnostic.

Apparaissant de façon très insidieuse, peu gênant au début, l'ostéome du maxillaire doit être fréquemment méconnu durant les premiers temps de son évolution. C'est en général le symptôme tumeur, manifesté soit dans la cavité buccale, soit plus souvent, de par son siège externe, à travers la joue, qui décide le sujet à consulter un médecin. Quelques localisations rares peuvent déterminer dès le début des signes de compression : gêne de la mastication quand la tumeur est voisine de l'articulation temporo-maxillaire ; compressions précoces du nerf dentaire inférieur dans les formes centrales, voire du lingual, de la corde du tympan, otalgie, quand l'excroissance osseuse, saillante en dedans comprime les nerfs de l'espace maxillo-pharyngien.

Le traumatisme souvent invoqué, joue sans doute un simple rôle révélateur, dans la plupart des cas.

La tumeur se présente avec des caractères cliniques évidemment très variables ; il convient de les apprécier par une palpation méthodique du maxillaire tout entier ; la palpation buccale surtout nous donne les renseignements les plus précieux, permettant d'apprécier l'épaisseur de la branche horizontale, la participation des deux faces externe et interne au processus. Seul un obstacle mécanique opposé par une tumeur très volumineuse à évolution supérieure, à

l'écartement des mâchoires, où un degré prononcé de trismus, très rare en l'absence de phénomènes infectieux surajoutés, gênerait cette exploration buccale. Dans ces cas il faut se contenter de l'exploration à travers les plans cutanés et musculaires de la région massétérine et jugale, seule de mise d'ailleurs quand l'ostéome siège au niveau de l'angle de la mâchoire. Cette palpation minutieuse mettra en évidence, dans la mesure du possible, les connexions de la tumeur avec le maxillaire, son mode d'implantation. Sa consistance se révélera dure, dense, nullement élastique, avec sa surface parfois nettement mamelonnée : au cours de cette exploration aucune douleur ne sera, sauf complications, accusée par le malade.

Cet examen au niveau de la tumeur incriminée devra être suivi d'une exploration du côté symétrique du maxillaire inférieur et de tous les os de la face, la multiplicité des ostéomes ayant été parfois constatée.

Enfin il faudra examiner avec soin le bord alvéolaire et toutes les anomalies dentaires qu'il peut présenter ; lésions de carie dentaire, absence d'une ou plusieurs dents pour lesquelles le malade précisera si elles ont été extraites et dans quelles conditions, ou si elles ont toujours manqué. L'attention devra être attirée surtout, à la partie la plus postérieure du rebord alvéolaire par la dent de sagesse, dont les vices d'évolution sont si fréquents. Cette enquête au point de vue de la pathologie dentaire, est de la plus haute importance pour le diagnostic de la lésion.

Ces caractères : début, insidieux, évolution très lente, absence habituelle de douleurs spontanées, absence de phénomènes inflammatoires marqués ; dureté et indolence de la tumeur à la palpation ; limites nettement circonscrites sauf dans les formes centrales, permettent d'étayer presque sûrement un diagnostic d'ostéome. Il s'imposera dans les formes pédiculées et éburnées qui réalisent le type clinique le plus pur de l'ostéome.

La radiographie sera toujours un élément de diagnostic

à ne pas négliger. Dans notre cas personnel elle donna peu de renseignements, sinon sur la nature franchement osseuse, opaque, de la néoformation ; il serait intéressant qu'elle put nous fournir des renseignements précis sur les rapports de la tumeur avec le reste de l'os, et sur les conditions de l'exérèse chirurgicale. Mais elle demanderait à être faite, pour cela, sous une incidence idéale et avec un appareil très puissant, conditions très rarement réalisées.

Si ces éléments ne suffisent pas au diagnostic, on peut être amené à pratiquer une incision exploratrice, voire une ostéotomie exploratrice. Mais cette incision généralement intra-buccale, et qui fut parfois le résultat d'un diagnostic erroné d'abcès dentaire n'est pas sans danger, la tumeur osseuse pouvant s'infecter à la suite de cette division de la muqueuse (*cf.* obs. V). L'ostéotomie exploratrice ne nous paraît autorisée que comme premier temps de l'intervention chirurgicale radicale : elle précisera la dureté de la tumeur et son caractère circonscrit.

Le maxillaire inférieur peut être le siège de tumeurs très variées et nous avons vu que la distinction en est relativement récente et encore très incomplète. La rareté même des ostéomes incite le clinicien à porter, en cas de doute, un diagnostic de pourcentage, et méconnaître ainsi la véritable nature de la lésion : cette erreur est souvent lourde de toutes les indications thérapeutiques qui en découlent, la certitude de la bénignité d'une tumeur imposant par contre une extirpation localisée, avec délabrement minimum.

La confusion peut se commettre avec les tumeurs les plus fréquentes, les ostéosarcomes surtout : mais les sarcomes du maxillaire sont des tumeurs de consistance inégale, donnant parfois la sensation de crépitation parcheminée, déterminant des douleurs vives et précoces, détruisant les organes voisins (anesthésie du nerf mentonnier), s'accroissant enfin avec rapidité.

Seuls certains sarcomes ossifiants, sous-périostés pourraient donner le change à leur début, mais leur évolution, nettement maligne, ne tarderait pas à s'affirmer.

L'épulis, développée d'après son étymologie même, au niveau du bord alvéolaire, est une appellation topographique qui tend à se limiter aux sarcomes à myéloplaxes siégeant en cette région : il a de commun avec l'ostéome sa bénignité, d'ailleurs inconstante et temporaire, mais tous ses caractères l'en différencient : siège, consistance molle, coloration brunâtre, constitution histologique enfin.

L'épithélioma du maxillaire à point de départ gingival ne peut prêter à aucune confusion : point de départ, infiltration rapide avec envahissement et destruction de tous les tissus avoisinants, adénopathie précoce, en font le diagnostic relativement facile.

Les tumeurs d'origine dentaire doivent être éliminées : c'est dans ce but qu'un examen complet des dents, surtout des molaires et de la dent de sagesse, est nécessaire. L'odontome se caractérise par son apparition au cours de la période d'évolution dentaire, l'absence d'une et même de plusieurs dents à son niveau, sa constitution où l'on trouve de l'ivoire. L'hésitation dans les cas d'ostéomes centraux est d'ailleurs inévitable comme le prouve l'observation de Morestin (obs. IV). Le kyste du maxillaire se présente au début avec des caractères assez analogues : apparition au cours de l'éruption dentaire, tumeur primitivement incluse, ayant tendance à faire saillie à la face externe du maxillaire, absence de dent à sa hauteur, sauf dans les cas, d'ailleurs rares, de kystes développés aux dépens d'un follicule dentaire surnuméraire.

La radiographie, indispensable, montrera la dent incluse dans le kysté dentifère, et l'évolution ultérieure du kyste vers la surface de l'os, précisera un diagnostic qui pourra être aidé par une ponction exploratrice.

Nous ne ferons que mentionner l'épithélioma adamantin

qui a tous les attributs de l'épithélioma, en particulier la rapidité d'envahissement.

Restent les tumeurs bénignes du maxillaire inférieur : fibrome, chondrome. Le fibrome rare aura une origine périostée, une consistance plus molle, parfois élastique, jamais aussi dure que celle de l'ostéome; il fera moins intimement corps avec l'os. Mais la difficulté réapparaîtra en présence de certains fibromes en voie d'ossification dont une observation complète nous est donnée par Mauclaire et Maurel (1) : c'est celle d'une tumeur du volume d'une mandarine, de consistance osseuse, évoluant lentement depuis vingt ans — sans douleur aucune et sans rien d'anormal du côté des dents. On porte le diagnostic d'ostéome, mais on trouve à l'examen de la pièce, une couche périphérique composée d'éléments osseux et une partie centrale composée d'éléments globuleux, permettant de penser à un fibrome jeune, parsemée de quelques îlots osseux isolés.

Ces tumeurs mixtes, que leur nature intime permet de considérer comme des intermédiaires entre les fibromes purs et les ostéomes purs et dont les difficultés d'interprétation sont insurmontables, sont d'un diagnostic impossible: d'ailleurs la conduite thérapeutique n'en est nullement influencée; les fibromes comme les ostéomes constituant des tumeurs éminemment bénignes, leur dégénérescence surcomateuse, possible théoriquement, n'ayant jamais été constatée dans cette région.

Le chondrome du maxillaire inférieur est plus rare encore; développé au centre de l'os (enchondrome) il ne peut guère être identifié au début que par une radiographie qui le montre perméable aux rayons. Développé en surface primitivement ou secondairement à son accroissement, il présente une consistance spéciale beaucoup moins dure

(1) MAUCLAIRE et MAUREL. — *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, 1913, pages 113-116.

que l'ostéome, permettant, par exemple, la pénétration d'une aiguille. Bénin lui aussi dans sa forme pure, il peut être associé à des éléments sarcomateux et participer alors du caractère essentiellement malin de ces néoplasies.

Enfin en présence d'un ostéome et plus particulièrement d'un ostéome périphérique, il faudra éliminer les exostoses ostéogéniques et les hyperostoses inflammatoires.

Les exostoses ostéogéniques méritent d'être rangées hors du cadre des véritables tumeurs; elles s'en distinguent par un caractère essentiel; l'arrêt complet de leur accroissement à la terminaison de la période de croissance, vers l'âge de vingt ans en moyenne. Relativement fréquentes au niveau des os longs des membres, elles sont beaucoup plus rares à la tête; et nous n'avons pas pu trouver d'observation détaillée d'exostoses ostéogéniques du maxillaire inférieur, bien que tous les classiques signalent leur existence. Rarement solitaires, elles peuvent être extrêmement nombreuses, jusqu'à cent et même plus, souvent disposées symétriquement, et leur localisation au niveau du maxillaire inférieur paraît correspondre précisément à ces cas d'exostoses ostéogéniques multiples. Leurs caractères anatomo-pathologiques les classent aussi dans une catégorie spéciale: disposition des canaux de Havers très régulière et orientation de ces canaux suivant le grand axe de l'os qui les porte; présence d'un véritable cartilage de conjugaison qui explique leur accroissement; mais cette dernière disposition ne saurait se rencontrer sur un os de membrane comme le maxillaire. On tend de plus en plus à considérer ces exostoses comme une déviation de l'ossification normale, déviation compensée sur les os longs par un raccourcissement de ces os.

Cette anomalie de développement, différente d'une véritable néoplasie, n'a pu être rattachée à une cause déterminée; son caractère fréquemment héréditaire ou familial semble devoir la faire considérer comme d'origine embryonnaire. Mais l'ostéome, par son accroissement lent

mais progressif, au delà et après la fin de la croissance ne saurait prêter à confusion.

De ces anomalies de développement il convient de rapprocher l'affection extrêmement rare et de nature mystérieuse qu'on a nommée « *leontiasis ossea* », hypertrophie massive de tous les os de la face, commençant souvent par le maxillaire inférieur, mais rapidement extensive, et déterminant des déformations considérables. Cette affection qui apparaît dans l'adolescence, mais évolue ensuite sans arrêt est très différente de l'ostéome localisé et bénin.

Restent les exostoses inflammatoires, ou symptomatiques. Elles reconnaissent de multiples causes que nous nous bornerons à énumérer : un simple traumatisme, lésant le périoste peut irriter et stimuler ses éléments ossificateurs : Gaudier et Bernard (1) en donnent une observation curieuse. Toutes les inflammations peuvent amener la production en un point du squelette d'une néoformation osseuse, mais plus particulièrement : la syphilis, la fièvre typhoïde, certaines localisations ostéomyélitiques à staphylocoques ou à streptocoques, la gonococcie, etc. La tuberculose raréfiante et cariante dans ses formes habituelles, a même pu être examinée dans certains cas. C'est par un processus analogue d'irritation mécanique, tonique ou infectieuse que s'expliquent les exostoses rencontrées au cours de l'intoxication phosphorée qui nécrose le maxillaire mais qui fabrique de l'os autour de celui qu'elle a détruit ; celles enfin qu'on peut rencontrer autour d'un cal de fracture, a tendance exubérante.

Au niveau du maxillaire inférieur, les causes d'infection ne manquent pas et les affections dentaires se propagent fréquemment à l'alvéole et au périoste avoisinant, pouvant amener une réaction osseuse sous-périostée rapide et volumineuse entrant pour une ou plus ou moins grande part

(1) GAUDIER et BERNARD. — Exostose post-traumatique, *Écho médical du Nord* Lille, 1906.

dans le phénomène banal de la « fluxion dentaire ». Une infection moins aiguë mais continue peut déterminer des phénomènes d'ossification et la production de véritables « exostoses », mais ces productions pathologiques auront été précédées de phénomènes inflammatoires, douloureux, il y aura le plus souvent un passé dentaire chargé. Ces productions sont longtemps douloureuses à la pression ; le périoste qui les recouvre sera épaissi, infiltré d'éléments inflammatoires, enfin l'os néoformé sera constitué de travées osseuses de consistance sinon friable, du moins beaucoup moins dure que celle de l'ostéome ; aucune régularité dans l'agencement de ces travées osseuses, souvent ramollies, présentant des portions nécrosées, constituant de véritables séquestres inclus, travées séparées par des éléments médullaires à caractères nettement inflammatoires.

Ce noyau d'os néoformé, présentant encore des traces manifestes de son origine inflammatoire, est plaqué contre l'os qui en est porteur, et lui est plus ou moins adhérent, mais peut en être séparé aisément, d'ordinaire d'un coup de gouge, ne présentant jamais l'implantation solide, ne prenant pas profondément racine dans l'os lui-même, parfois même jusque dans sa substance spongieuse centrale, comme le fait l'ostéome.

Tels sont les caractères très spéciaux de l'hyperostose (car ce terme lui convient mieux), inflammatoire. Ils permettent de considérer comme appartenant à ce groupe bon nombre d'observations étiquetées « ostéomes » du maxillaire inférieur ; entre autres les cas publiés par Trelat (1) et par Verneuil et Jalaguier (2). Le sujet de Jalaguier, âgé de dix-sept ans, avait présenté au début, des phénomènes inflammatoires très marqués avec contraction des mâchoi-

(1) TRELAT. — Ostéome sous-périosté du maxillaire inférieur. Leçon faite à Necker le 10 janvier 1884. *Progrès médical*, Paris, 1887, p. 325-328.

(2) VERNEUIL ET JALAGUIER. — Ostéome sous-périosté du maxillaire inférieur consécutif à l'évolution vicieuse d'une dent de sagesse. *Semaine médicale*, Paris, 1889, t. IX, p. 131.

res. L'opération montra un périoste très épais, lardacé, une production osseuse spongieuse, qui se reforma deux fois après interventions incomplètes, au milieu de signes manifestes d'infection ostéo-périostée.

Celui de Trelat, âgé de neuf ans, présentait l'histoire typique d'une périostose inflammatoire consécutive à une carie dentaire. Actuellement le nom d'ostéome ne saurait s'appliquer à ces ossifications sous-périostées, causées par une inflammation manifeste; ce qui ne préjuge en rien de l'influence de l'inflammation plus ou moins latente, dans la pathogénie des ostéomes vrais. Des phénomènes infectieux, nous le verrons au chapitre suivant, peuvent d'ailleurs se surajouter à l'ostéome primitif et il est alors très difficile de ne pas les considérer comme la cause de la néoformation osseuse dont ils ne sont en réalité qu'une complication. Les observations IV et V sont des ostéomes secondairement infectés, mais dont les caractères anatomo-pathologiques ont pu déterminer la véritable nature, alors que rien ne permettait de les distinguer cliniquement d'une hyperostose inflammatoire, ou d'un foyer d'ostéomyélite entourant un séquestre osseux éburné.

CHAPITRE IV

Évolution. — Pronostic. — Traitement.

L'ostéome du maxillaire inférieur est une tumeur essentiellement bénigne, dont la dégénérescence sarcomateuse n'a jamais été signalée : les sarcomes ossifiants peuvent présenter avec lui quelque similitude clinique, mais l'évolution ne tarde pas à révéler leur malignité, et les zones d'ossification d'ailleurs absolument atypique et embryonnaire que présentent ces tumeurs sont tout à fait différentes de la constitution de l'ostéome.

Les complications que peut présenter l'ostéome sont donc uniquement mécaniques ou inflammatoires. Mécaniques ce sont des compressions nerveuses déjà signalées, des refoulements de la langue quand l'évolution se fait du côté interne, de la joue et du masséter (faux trismus) quand l'évolution est externe. Un cas de luxation temporo-maxillaire a été signalé par Eckert. Mais ces compressions sont en général tardives et peu traumatisantes car elles sont essentiellement progressives : ce sont elles cependant qui finissent par décider à l'intervention les sujets pusillanimes, car elles apportent une gêne sérieuse au fonctionnement de la mâchoire, et déterminent parfois de vives douleurs.

Les complications inflammatoires se retrouvent dans deux de nos observations (IV et V), elles se manifestent par les signes habituels : douleur, empâtement, formation de pus, ouverture spontanée fréquente et constitution de

fistules muqueuses ou cutanées. Cette complication frappant une production osseuse le plus souvent mal vascularisée, et parfois réunie à l'os par un mince pédicule, la voue à la nécrose : l'ostéome se séquestre et entretient une suppuration interminable ; son évolution en tant que tumeur est terminée mais il persiste en tant que corps étranger dont l'extraction mettra seule fin aux accidents infectieux. C'est l'observation typique de Morestin de l'ostéome nécrosé et inclus ayant l'aspect d'un « galet souillé de boue » (obs. IV).

En l'absence de ces complications inflammatoires qui imposent une intervention, comme dans toute ostéite avec séquestre, l'ostéome sera enlevé précocement, ne serait-ce que pour identifier sa véritable nature anatomo-pathologique, et ne pas laisser dégénérer d'autres tumeurs moins bénignes dans leur évolution comme le chondrome ou certains sarcomes à myéloplaxes centraux.

L'intervention devra se proposer d'extirper la totalité de l'ostéome mais en ménageant sauf impossibilité absolue l'arc mandibulaire dont l'intégrité assure la fonction infiniment mieux que tous les appareils prothétiques appliqués après résection.

La voie intra-buccale pourrait être indiquée dans les formes localisées au rebord alvéolaire : elle prédispose à l'infection et devra être accompagnée d'une antisepsie soigneuse pré et post-opératoire du milieu buccal.

La voie extra-buccale est la voie de choix : on pratique l'incision de la résection du maxillaire inférieur (Farabeuf) en se servant ou non, suivant les besoins, du débridement antérieur sous-labial et postérieur, parallèle au bord postérieur de la branche montante. On fait le décollement du périoste refoulant ainsi sûrement le cul-de-sac gingivojugal, et on aborde aisément la tumeur. Son extirpation se fera facilement au maillet et au ciseau quand elle est pédiculée. Si elle est sessile, on pourra être amené à la morceler, à l'enlever par copeaux, à la gouge, opération

rendue difficile par sa dureté. Dans les cas d'ostéomes centraux, un évidement de l'os sera nécessaire : on essaiera de ménager un pont osseux suffisant pour que l'arc maxillaire conserve une solidité suffisante.

La résection typique ou partielle ne sera jamais qu'un pis-aller imposé par une tumeur volumineuse, dont les complications graves imposeront l'extirpation large. Elle fut le plus souvent pratiquée à la suite d'un diagnostic erroné ou incertain, qu'une ostéotomie exploratrice aurait peut-être pu éclairer.

Les suites de l'intervention sont en général simples, même en milieu buccal. On a signalé avant l'ère aseptique des complications d'ostéomyélite étendue à la suite d'interventions sur des exostoses dont le pédicule communiquait avec les cavités médullaires de l'os ; l'asepsie a supprimé ces complications dont les interventions les plus bénignes se trouvaient menacées.

La récurrence a été mentionnée dans certains cas ; les tumeurs considérées comme bénignes dans leur essence, peuvent récidiver si l'extirpation n'en a pas été complète ; c'est peut-être le cas des ostéomes dont on aurait laissé la base d'implantation du pédicule. Mais aucune observation ne mentionne formellement une telle récurrence.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (INÉDITE)

(Communiquée par M. le Professeur GUYOT).

M^{me} G. . . , cinquante-cinq ans.

Il y a une trentaine d'années, vers l'âge de vingt-cinq ans environ, s'est aperçu un jour de l'existence d'une petite grosseur dure, du volume d'un pois siégeant à la face externe de la branche horizontale du maxillaire inférieur, près de l'angle, grosseur nullement gênante au début, et reconnue presque par hasard en se palpant la joue. L'accroissement a été progressif, lent, se faisant par poussées, aux dires de la malade, poussées séparées par des périodes de moindre ou même de non accroissement.

Depuis 6 mois, l'état paraît stationnaire.

N'a jamais ressenti de douleur ni au niveau de la tumeur ni dans le territoire des nerfs de la face.

Actuellement présente une gêne marquée pour ouvrir la bouche, mais sans constriction véritable des mâchoires, et un peu de gêne de la mastication, c'est ce qui la décide à demander une intervention.

La tumeur fait dans la bouche une saillie très prononcée et a déterminé sur la joue des ulcérations de la muqueuse.

Comme antécédents : réglée à quatorze ans, mariée à dix-neuf ans, deux enfants, une fille de trente ans, un garçon de trente-trois. Ménopausée normalement à quarante-sept ans.

Aucune affection notable. Nature un peu faible. Bronchites fréquentes, au point de vue dentaire ne présente et n'a jamais présenté aucune anomalie, ni aucune infection sérieuse.

La radiographie pratiquée le 7 novembre 1922, dans la seule incidence de profil, montre une ombre complètement opaque, à bords un peu sinueux, mais nets, se détachant sur l'ombre normale du maxillaire siégeant au niveau du tiers postérieur de la branche

horizontale du maxillaire inférieur empiétant un peu en haut sur la branche montante. Mais cette radiographie ne donne pas de renseignements précis sur les connexions internes de la tumeur avec l'os avoisinant. Une radiographie dans le sens antéro postérieur aurait seule pu faire soupçonner le caractère nettement pédiculé, que l'examen clinique ne permettait pas d'affirmer.

Intervention le 9 novembre 1922. Incision parallèle au bord inférieur de la branche horizontale, au dessous et un peu en dedans de ce bord, on tombe rapidement sur la tumeur, dont on décolle facilement la muqueuse du cul-de sac gingivo-génien, l'intervention se faisant ainsi par voie entièrement extra-buccale. Le périoste n'est pas épaissi ; la tumeur est isolée à sa périphérie, et on parvient aussi à libérer sa partie saillante découvrant ainsi un pédicule étroit qu'on sectionne sans difficultés avec gouge et marteau, au ras du maxillaire. L'implantation est petite et ne paraît pas se faire très profondément. Suture des plans superficiels, suture cutanée.

La pièce enlevée présente l'aspect d'un champignon du volume d'une petite mandarine ; la partie saillante a une circonférence de 14 centimètres, un diamètre moyen de 6 centimètres. Elle présente un contour arrondi légèrement festonné, une surface externe arrondie, hémisphérique avec des bosselures larges, peu accusées ; la face interne profonde est par contre à peu près plate, un peu irrégulière ; elle donne implantation un peu excentrique à un pédicule court (1 cm. 5), un peu recourbé, de coupe ovale.

La section faite à la scie, avec beaucoup de peine, donne une surface régulière, plane avec cependant un léger granité qui la différencie d'une section faite dans une pièce d'ivoire ; c'est un tissu bien compact mais nettement osseux.

L'examen histologique n'a pu être pratiqué.

OBSERVATION II

(MORESTIN. — Exostose du maxillaire inférieur. *Société Anatomique de Paris*, février 1896, p. 146.)

Sur le côté gauche du maxillaire inférieur, d'ailleurs très bien conformé, pourvu de toutes ses dents, dont aucune n'est cariée, s'élève au niveau du bord inférieur, à la hauteur de la deuxième

molaire, une production osseuse du volume d'une noix, supportée par un pédicule large de 10 millimètres, épais de 5. La surface de la tumeur est mamelonnée irrégulièrement et présente l'aspect d'un chou-fleur. Le pédicule est lisse. Le tout est formé de tissu compacte d'une extrême dureté.

Rien sur les autres pièces du squelette.

Discussion. — Pièce anatomique typique et tout à fait analogue sauf le siège d'implantation à notre observation I. Il est dommage qu'aucun renseignement clinique n'accompagne cette belle pièce anatomique.

OBSERVATION III (RÉSUMÉE)

(Félix LEJARS. — Sur un Ostéome du maxillaire inférieur. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1896, p. 702.)

C'était une bretonne de quarante-deux ans, bien bâtie et vigoureuse, qui ne présentait sur le reste du corps aucun stigmate morbide. Elle ignorait totalement le français, et ce fut par l'intermédiaire d'une de ses parentes qu'il nous fut possible de recueillir les renseignements suivants :

La tumeur avait paru, il y a environ dix ans, sous la forme d'une petite masse dure qui faisait relief dans le sillon gengivo-génien, à la hauteur des deux petites molaires : on ne savait absolument à quelle cause en rapporter le développement ; la malade ne souffrait pas des dents et ne se souvenait d'aucune espèce de traumatisme ayant porté sur la région. Aussi cessa-t-elle bientôt de s'inquiéter de cette grosseur étrange, qui la gênait peu et à laquelle elle ne tarda pas à s'accoutumer. Peu à peu, cependant, la tumeur prenait du volume et commençait à s'accuser, sous la peau, au niveau du bord inférieur de la mâchoire, où elle dessinait un relief arrondi. Depuis un an, depuis dix mois surtout elle s'est accrue assez vite, et ses dimensions ont paraît-il doublé : c'est surtout en dehors, que dans ces derniers temps, l'accroissement se prononce et la déformation est devenue très marquée. Des douleurs assez vives et s'irradiant dans les dents inférieures et dans l'oreille, ont signalé cette augmentation de volume, et la malade, qui jusqu'alors n'avait pas souffert, qui n'avait jamais eu d'abcès, jamais d'accidents locaux

autres que la présence même de la tumeur, a fini par s'inquiéter.

Sur la partie moyenne de la branche horizontale gauche du maxillaire, un relief ovale soulève la peau, du reste entièrement normale et mobile et se prolonge par en dessous, en encadrant à demi l'arc osseux sur lequel il est implanté; au palper ce relief correspond à une tumeur de surface finement bosselée, d'une dureté extrême en tous ses points, et qui fait corps avec la mâchoire. On la retrouve, par la bouche, remplissant le sillon gengivo-génien, de la canine à la première grosse molaire; de ce côté encore, elle présente une surface arrondie, en dos d'âne, elle est d'une dureté uniforme, éburnée, et absolument fixe. On ne constate rien sur la surface interne du maxillaire, on ne remarque de plus, aucune anomalie dentaire; toutes les dents sont à leur place; quelques-unes, spécialement les petites molaires, sont cariées, mais la carie paraît limitée à la couronne, et il n'existe au niveau de l'alvéole et de la gencive aucun indice pathologique. Ajoutons encore que l'exploration et la palpation de la tumeur ne révélant qu'une sensibilité très obtuse, qu'il n'y a pas de ganglions perceptibles à la région sus-hyoïdienne, enfin que cette dureté dont nous venons de parler est une dureté osseuse, celle du tissu compact. Aussi le diagnostic d'ostéome nous paraît-il réellement être le seul qui puisse convenir.

Le 7 août, nous procédons à l'ablation de la tumeur. Une incision est menée sur le bord inférieur du maxillaire, le périoste sectionné est relevé, et nous découvrons une masse osseuse, blanche, compacte, élevée sur la face externe et le bord inférieur de la branche horizontale, qu'elle double et incruste. L'extirpation nous semble donc réalisable, et, après avoir décollé et retroussé aussi haut que possible le périoste et la muqueuse, nous attaquons la tumeur avec le ciseau et le maillet, au niveau de sa surface d'applique sur la mâchoire qu'on prend soin d'autre part de soutenir solidement : de fait, l'excision est laborieuse et une réelle force doit être déployée. Dès que la masse principale est tombée, nous achevons d'extirper ce qui en reste et de modeler, à la gouge la face externe de la branche horizontale qui saigne assez abondamment. Puis le périoste et la muqueuse sont rabattus, un tamponnement à la gaze iodoformée laissé dans la plaie qui est partiellement réunie; au cours du modelage du maxillaire, la muqueuse a été, en effet, intéressée sur une certaine étendue.

Des lavages de la bouche à la solution de chloral ont été répétés plusieurs fois par jour. Il n'y eut pas d'élévation thermique, et tout se passa très simplement. Au quatrième jour le tamponnement iodoformé fut retiré : la plaie avait fort bon aspect et acheva très rapidement de se fermer. A la fin du mois, la cicatrisation était complète, la région indolente ; et l'opérée quittait l'Hôpital Beaujon.

La tumeur avait le volume d'une châtaigne : elle était recouverte d'une croûte compacte sur sa face externe, convexe ; sur la coupe, elle avait l'apparence du tissu osseux, spongieux, à aréoles très fines, on ne trouvait trace d'aucun autre tissu, ni d'aucune espèce de formation dentaire. La coloration était rougeâtre et les aréoles contenaient une substance molle, plus colorée, qui ressemblait tout à fait à la moelle osseuse. Les lamelles osseuses dont elle était formée avaient une disposition générale concentrique et emboîtée, dans les couches périphériques : au centre, sinueuses, enchevêtrées, elles figuraient des systèmes irréguliers. Sur une branche séchée et polie à la pierre ponce, ces lamelles contournées et emmêlées figurent des arabesques fort élégantes.

A un faible grossissement et même à l'œil nu, on voit que la tumeur est formée de lamelles osseuses concentriques, épaisses d'environ $\frac{1}{4}$ de millimètre, et séparées les unes des autres par des intervalles d'épaisseur égale à la leur. Ces lamelles sont enchevêtrées les unes dans les autres, formant des tourbillons qui cependant ne déterminent pas l'aspect concentrique général.

A un plus fort grossissement, on constate que les lamelles osseuses sont constituées par du tissu osseux vrai : substance fondamentale calcaire, corpuscules osseux étoilés, allongés parallèlement à la surface de la lamelle et contenant chacun un corpuscule osseux. Entre les lamelles sont de véritables canaux médullaires contenant des cellules plus ou moins nombreuses plongées dans une substance granuleuse amorphe qui empêche d'en voir nettement les contours. En certains endroits, les cellules sont peu abondantes, la substance fondamentale devient fibrillaire et la moelle semble subir la transformation fibreuse. Il n'y a pas de vaisseaux nettement caractérisés.

Près de la surface des lamelles, les cellules se tassent en une série linéaire, parallèle à cette surface, leur noyau est plus volumineux, leur contour plus apparent et quelques unes sont à moitié

plongées dans la substance osseuse qu'elles renforcent en épaisseur. Les lamelles sont de loin en loin pénétrées par un fin bourgeon médullaire, qui parfois les traverse de part en part.

De la surface des lamelles se détache par places une sorte de pointe d'accroissement ou la prolifération osseuse et cellulaire est très active et qui semble le point de départ d'une nouvelle couche osseuse. Peut-être est-ce ainsi que s'accroît le nombre des lamelles osseuses et la tumeur elle-même. Il n'y a pas de trace de cartilage. Il s'agit, en somme, d'une ossification normale, mais simplifiée et rien dans les éléments de la tumeur ne peut faire penser à une origine dentaire.

Le périoste ayant été décollé et relevé au cours de l'opération, il était évident que la tumeur n'avait avec lui aucune connexion ni aucun lien d'origine : c'était aux dépens du maxillaire lui-même qu'elle s'était développée, et spécialement aux dépens de la face externe de l'os. Grâce à cette localisation nous avons pu pratiquer l'ablation totale de l'ostéome, sans intéresser la branche de la mâchoire.

Signalons encore l'évolution assez étrange de la tumeur, d'abord et pendant de longues années, très lente, à peine sensible, et qui était revenue rapidement croissante dans les derniers mois ; de fait elle était constituée par un tissu osseux jeune, en pleine activité, et il n'est pas douteux qu'elle eut grossi encore. Enfin, conformément à une loi très générale, l'apparition des douleurs, ici très atténuées, il est vrai, et intermittentes, avait signalé l'augmentation du néoplasme.

OBSERVATION IV (RÉSUMÉE)

(MORESTIN. — *Société de Chirurgie de Paris*, séance du 2 octobre 1907 :
Bulletins et Mémoires, 1907, p. 962-970.)

S. H. . . , cultivateur à la Martinique, âgé de vingt-deux ans. Début trois ans auparavant par des douleurs dans les dents et la mâchoire inférieure du côté droit. Deux grosses molaires de ce côté deviennent mobiles et sont arrachées successivement. Les douleurs se calment mais une tuméfaction apparaît et ne cesse d'augmenter. Actuellement il présente une tuméfaction du maxil-

laire inférieur côté droit, déformant fortement la face. A la partie la plus saillante de la peau, orifice fistuleux donnant une sérosité louche.

A la palpation, masse très dure occupant toute la partie horizontale de la moitié droite du maxillaire et l'origine de la branche montante. Pas de crépitation parcheminée. Dans la bouche, saillie de la tumeur à l'intérieur de l'arc maxillaire, refoulant la langue.

Les deux premières grosses molaires ont été arrachées ; à leur place ulcération de la gencive laissant voir une surface osseuse dénudée, d'aspect nécrosé. Pas de douleurs, pas de fièvre.

Diagnostic hésitant entre ostéomyélite prolongée avec séquestre central entouré d'une forte hyperostose, odontome, épithélioma adamantin, kystes des mâchoires ?

Opération le 27 mars 1905. Incision cutanée avec excision de la fistule. Résection de la moitié droite du maxillaire portant la tumeur. Guérison en un mois.

Examen de la pièce. — La branche horizontale du maxillaire est creusée d'une cavité tapissée de bourgeons charnus infectés et contenant une tumeur osseuse ayant l'aspect d'un « galet souillé de boue », tumeur qu'on peut extraire aisément car elle est indépendante des parois de la cavité. Cette tumeur a refoulé en haut la troisième grosse molaire dont la couronne pointe en dedans, en avant la deuxième prémolaire (ces dents sont restées saines), en bas les vaisseaux dentaires inférieurs à peine reconnaissables. La table externe de l'os présente un orifice pathologique correspondant à la fistule cutanée. La tumeur osseuse elle-même est de surface rugueuse, très dure, bien dense (113 grammes), à la coupe tissu osseux éburné.

Examen histologique pratiqué par M. Letulle (résumé). — Bourgeons osseux assez réguliers, sillonnés irrégulièrement par des axes vasculaires, diversement orientés. Surface densifiée mais ne présentant en aucun point la structure de l'ivoire.

Les cellules enclavées dans les bourgeons tumoraux ont tous les caractères d'ostéoplastes avec leurs prolongements ramifiés. Elles présentent des inégalités de dimensions qui manifestent un développement exhubérant, atypique, désordonné du tissu osseux normal. En somme, ostéome végétant, donnant l'aspect d'une masse de bourgeons charnus, ayant subi la transformation ossifiante diffuse.

OBSERVATION V (RÉSUMÉE)

(BERGER. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1896, p. 139-153).

Ostéome du maxillaire inférieur, à développement rapide, accompagné de phénomènes inflammatoires aigus. Résection de la moitié gauche du maxillaire inférieur. Guérison.

A..., âgée de dix-neuf ans, entre le 1^{er} juin 1893 dans le service de clinique chirurgicale de la Pitié, salle Lisfrane, n° 17, pour une tumeur du maxillaire inférieur qui lui cause de très vives douleurs.

Cette jeune femme, bien portante d'ailleurs, bien qu'elle ait beaucoup maigri dans les derniers mois, a remarqué en novembre 1893, une petite tumeur douloureuse qui s'était produite au niveau de la troisième molaire inférieure gauche, sur le bord alvéolaire. Elle avait d'ailleurs une très mauvaise dentition, elle souffrait d'abcès dentaires, qui se produisaient de temps en temps, surtout à la mâchoire inférieure, s'ouvraient au bout de deux ou trois jours, et dont elle ne s'occupait plus. Elle eut à un accident de même nature, mais la petite tumeur, au lieu de s'ouvrir, restait dure, et elle augmentait lentement de volume en donnant lieu à des douleurs de plus en plus vives, irradiées du côté des oreilles et qui existaient la nuit aussi bien que le jour. Après deux incisions pratiquées sur la tumeur qui ne firent que couler du sang, les douleurs et la tuméfaction augmentant sans cesse et gagnant la joue, la malade se décide d'entrer à l'hôpital.

Toute la région circonscrivant la tumeur est le siège d'une tuméfaction considérable, la peau tendue est luisante, présente une rougeur légère qui est plus accentuée au niveau de la joue gauche.

On constate que l'augmentation de volume de la joue gauche est due à une tumeur très solide formant corps avec la branche gauche du maxillaire inférieur paraissant l'entourer de toutes parts, et se faisant sentir tant à la joue qu'à la région maxillaire. La bouche ne peut s'ouvrir qu'incomplètement : en écartant la commissure labiale gauche on voit que toute la partie postérieure du corps du maxillaire inférieur à gauche est occupée par une tumeur du volume d'une très grosse noix, recouverte par la muqueuse gingivale ; cette tumeur a la consistance osseuse, elle

occupe les parties moyenne et postérieure du bord alvéolaire, les faces interne et externe de l'os avec lesquelles elle se continue sans démarcation bien nette. Vers sa partie antérieure, au niveau du bord alvéolaire, et dans le sillon gingival, l'on voit deux ouvertures qui laissent écouler en assez grande quantité du pus fétide et mal lié ; un stylet introduit par ces orifices arrive bientôt à une surface osseuse assez étendue et donnant la sensation d'un contact sec et dur. En haut, la tumeur du maxillaire se continue dans l'épaisseur de la joue, avec une induration en plaque, au centre de laquelle est l'abcès dont la fluctuation a été sentie à la joue. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire appréciable. Le pus examiné avec soin par M. Besançon montra qu'il ne s'agissait pas d'actinomyces comme on le croyait, des agglomérations de bactéries filamenteuses simulant les grains jaunes.

Entre deux diagnostics en présence : ostéo-sarcome ou ostéite infectieuse progressive à forme nécrosante le premier est retenu à cause de la dureté et de la régularité de la tumeur.

Une exploration pratiquée sous chloroforme, démontra que la tumeur dépouillée de son revêtement gingival, était dure, lisse, compacte, et ne présentait nullement l'aspect de dépôts périostiques récents, toujours irréguliers ; que nulle part on ne trouvait de trajets profonds s'engageant dans la profondeur de l'os.

L'opération fut facile, toute la branche montante fut réséquée de peur de récurrence, il n'y eut aucune perte de sang.

La malade guérie quittait l'hôpital le 2 juillet. Examen anatomique de la pièce.

La tumeur est implantée sur la branche horizontale du maxillaire inférieur ; elle commence à l'union de la branche horizontale et de la branche montante, en avant elle s'étend jusqu'à la deuxième petite molaire qui est implantée encore sur la tumeur.

Cette tumeur a la forme d'une mandarine, elle fait une saillie beaucoup plus marquée au niveau de la face externe de l'os ; son épaisseur est de 5 centim. 5, sa hauteur 3 centim. 5 environ. La surface est lisse, régulière ; au niveau du bord alvéolaire néanmoins, est une surface rugueuse correspondant à la dénudation qui a été faite au cours de l'opération exploratrice ; tout autour est une végétation exubérante de bourgeons charnus, deux des grosses molaires sont implantées à ce niveau.

La tumeur a aminci la branche horizontale du maxillaire dont

le bord inférieur persiste seul au-dessous d'elle. Ce bord s'est fracturé pendant l'opération au moment où l'on cherchait à luxer la moitié correspondant du maxillaire dans l'articulation temporo-maxillaire. Examen histologique de la tumeur.

La pièce appartient à la catégorie des ostéomes. La tumeur, en effet, est entièrement formée de travées anastomosées les unes aux autres avec la plus grande régularité, et séparées les unes des autres par des espaces plus ou moins larges qui renferment toujours un capillaire et de la moelle osseuse, avec, de place en place, de grandes cellules à plusieurs noyaux. Dans les travées on voit en certains endroits des ostéoblastes : il s'agit donc bien de tissu osseux et non d'une simple calcification. On comprendrait mal, d'ailleurs, une calcification ayant la régularité de formation que présentent ici ces travées.

Les espaces qui séparent les travées sont plus ou moins élargis. Sur certains points même, les travées sont extrêmement écartées les unes des autres, et l'espace intermédiaire est rempli de moelle enflammée et surtout de leucocytes polynucléaires. Sur d'autres points, au contraire, les espaces sont à peine perceptibles et les travées osseuses sont très rapprochées. Quant au périoste il ne présentait que des lésions inflammatoires ; les bourgeons qui recouvraient la surface de la tumeur étaient, eux aussi, exclusivement formés de leucocytes de pus, et de vaisseaux de nouvelle formation.

Il faut noter enfin l'importance des infections secondaires par les microbes de la bouche. Il existait au milieu du sang et du pus crachés par la malade, de petits amas gris blanchâtres de la grosseur d'une tête d'épingle qui étaient uniquement formés de bactéries parmi lesquelles prédominait une bactérie très filamenteuse, ayant les caractères du *leptothrix buccalis*.

Il s'agit bien d'un ostéome du maxillaire inférieur.

OBSERVATION VI (RÉSUMÉE)

(LETENNEUR. — *Gazette des hôpitaux*, 1874, n° 108, p. 860.)

Jeune fille de vingt et un ans. Début il y a un an par des douleurs au niveau des dernières molaires. Ces douleurs sont intermittentes. Trois mois après un gonflement apparaît à la face

externe du maxillaire dans cette région. La malade n'a que trois dents de sagesse, mais celle du côté atteinte est présente. La tumeur est de la grosseur d'un œuf de poule, très dure, avec une base large. La pression est indolore.

Intervention : voie intra-buccale. On incise la muqueuse après avoir débridé la lèvre inférieure en avant pour se donner du jour. La tumeur, très dure, est enlevée par morcellement. Suites : infection, guérison lente.

Discussion. — Observation princeps d'ostéome, dont l'exactitude prête à la discussion ; l'état des molaires n'est pas précisé, et l'examen histologique n'apporte malheureusement pas sa confirmation.

CONCLUSIONS

L'ostéome du maxillaire inférieur est une tumeur très rare. La littérature médicale n'en mentionne qu'une dizaine de cas, parmi lesquels certains sont mal différenciés des hyperostoses inflammatoires succédant à des lésions dentaires.

La forme pédiculée, la plus typique, ne se retrouve que dans une observation de Morestin (obs. II) et dans la nôtre, encore que la première manque de tout renseignement clinique.

Le diagnostic prête à de multiples confusions, surtout dans la forme centrale, dans laquelle l'ostéotomie exploratrice constituera la meilleure façon de s'assurer de la nature de la tumeur et de déterminer le traitement approprié.

Ce traitement devra être résolument conservateur, le caractère circonscrit de l'ostéome et sa bénignité absolue imposant l'extirpation simple et la conservation très importante de la continuité du maxillaire.

Un essai de pathogénie ne pouvait trouver place dans ce court travail; mentionnons cependant que ces ostéomes paraissent se produire en dehors de toute espèce de cause prédisposante, traumatique et inflammatoire, débutent toujours avant trente ans et s'accroissent lentement mais assez régulièrement. Presque spéciaux aux os à ébauche conjonctive (le maxillaire inférieur tire son origine partiellement du cartilage de Meckel mais partiellement aussi du tissu conjonctif attenant à ce cartilage),

ils participent, quant à leur pathogénie, au mystère de toutes les productions néoplasiques. Peut-être, cependant, étant donné le jeune âge des sujets porteurs de ces ostéomes à leur début, pourrait-on les rattacher à un défaut d'évolution des points d'ossification nombreux et mal connus des os de membrane. Cette origine « dysembrioplastique » étendue récemment par Letulle à nombre de tumeurs, trouve dans ce cas particulier, une application qui satisfait l'esprit; mais elle est loin de rallier l'approbation générale et demande confirmation.

Vu, bon à imprimer :

Vu :

Le Président,

Le Doyen,

Dr GUYOT.

Dr C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 12 décembre 1922.

Le Recteur de l'Académie,

R. THAMIN.

